

PROGRAMA NACIONAL PARA AS DOENÇAS CÉREBRO-CARDIOVASCULARES

2017



FICHA TÉCNICA

Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde.
Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares 2017
Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2017.
ISSN: 2184-1179

PALAVRAS-CHAVE:

Enfarte, Tensão Arterial, Mortalidade, Risco, AVC, Vias Verdes

EDITOR

Direção-Geral da Saúde
Alameda D. Afonso Henriques, 45 1049-005 Lisboa
Tel.: 218 430 500
Fax: 218 430 530
E-mail: geral@dgs.min-saude.pt
www.dgs.pt

AUTOR

Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares

PROGRAMA NACIONAL PARA AS DOENÇAS CÉREBRO-CARDIOVASCULARES

Diretor: Rui Cruz Ferreira
Adjuntos: Mário Espiga de Macedo, Fátima Pinto e Rui César das Neves
Equipa: Carla Andrade e Gonçalo Santos

Lisboa, setembro, 2017

ÍNDICE

1. RESUMO EM LINGUAGEM CLARA SUMMARY IN PLAIN LANGUAGE	4
2. ESTADO DA SAÚDE EM 2016	5
3. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS EM 2016	14
4. ORIENTAÇÕES PROGRAMÁTICAS 2017-2020	15
4.1. Enquadramento	15
4.2. Visão	15
4.3. Missão	15
4.4. Metas de Saúde a 2020	15
4.5. Implementação	16
4.6. Monitorização	16
5. ATIVIDADES 2017-2018	17
5.1. Desígnios para 2017-2018	18
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	19

1. RESUMO EM LINGUAGEM CLARA

O que é este documento?

Este documento faz um ponto de situação sobre as doenças do cérebro e do coração.

O que consta do documento?

Um sumário das atividades realizadas em 2016, uma previsão do que está a ser realizado em 2017 e as atividades planeadas até 2020.

Quais são as principais conclusões?

- Morre-se cada vez menos por doenças do aparelho circulatório;
- Redução de 39% das mortes por AVC, entre 2011 e 2015;
- Aumento em 26% dos internamentos por doenças do coração, entre 2011 e 2015;
- Consomem-se mais medicamentos mas os encargos financeiros globais do SNS são menores.

O que se quer atingir em 2020?

- Reduzir o número de mortes antes dos 70 anos por doença do cérebro e do coração;
- Reduzir para 7% as mortes por enfarte nos hospitais;
- Aumentar, para 470 por milhão de habitantes, o número de tratamentos por angioplastia a pessoas com Enfarte Agudo do Miocárdio;
- Aumentar para 1800 o número de pessoas com Acidente Vascular Cerebral (AVC) que têm acesso a tratamento específico;
- Reduzir o consumo de sal entre 3 a 4% ao ano na população.

1. SUMMARY IN PLAIN LANGUAGE

What is this document?

This document shows where we are regarding brain and heart disease.

What can I find in this document?

A summary of what we performed in 2016, what is to be carried out in 2017 and planned activities until 2020.

What are the main conclusions?

- There are less deaths from diseases of the circulatory system;
- Reduction of stroke deaths by 39%, between 2011 and 2015;
- Increase in hospitalizations for heart diseases by 26%, between 2011 and 2015;
- More drugs are used but the overall financial burden of the NHS is lower.

What do we aim for 2020?

- Reduce the number of deaths before age 70 due to brain and heart disease;
- Reduce heart attack deaths in hospitals by 7%;
- Increase, to 470 per million inhabitants, the number of angioplasty treatments for people with acute myocardial infarction;
- Increase to 1800 the number of people with Stroke who have access to specific treatment;
- Reduce salt consumption by 3 to 4% per year in the population.



2. ESTADO DA SAÚDE EM 2016

A OCDE refere que as doenças cardiovasculares são a principal causa de morte nos estados membros da União Europeia, representando cerca de 36% das mortes na região em 2010. Elas abrangem um leque alargado de doenças relacionadas com o sistema circulatório, incluindo a Doença Isquémica Cardíaca e as Doenças Cérebro Vasculares.

Para efeitos de análise foram consideradas duas componentes essenciais:

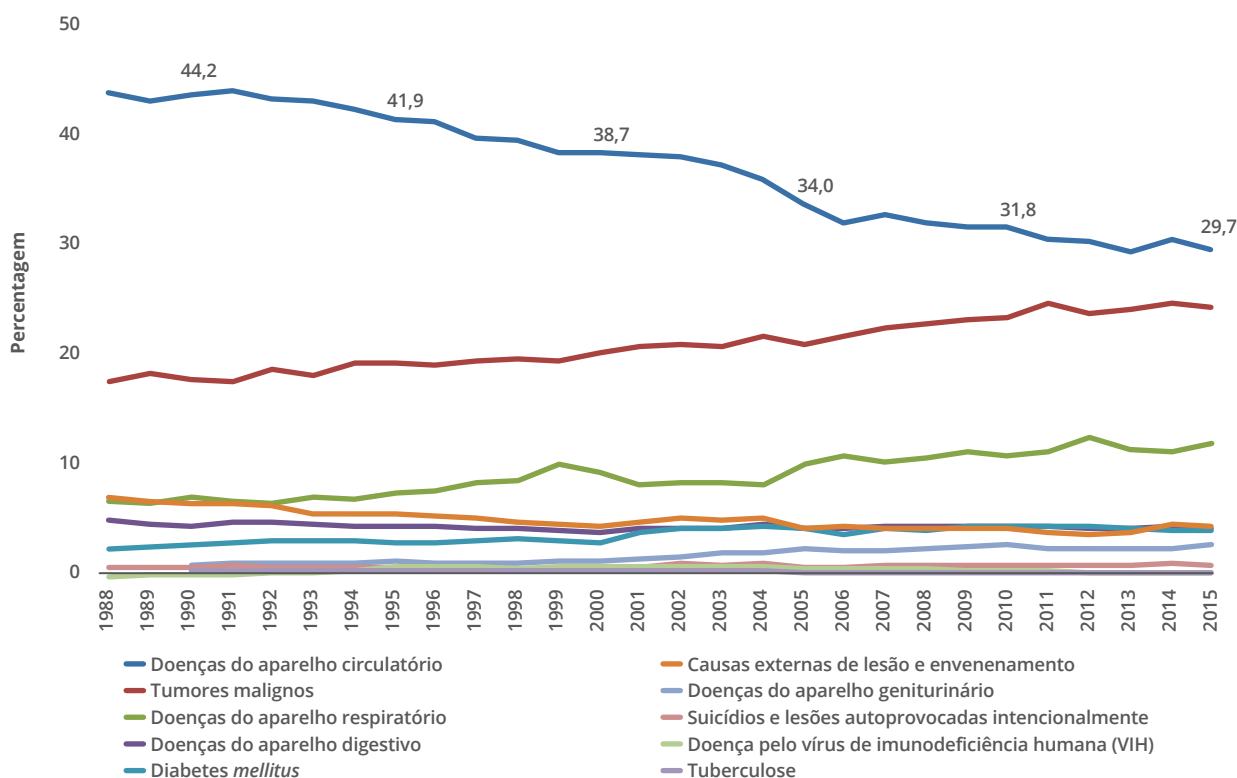
- Doença isquémica cardíaca, individualizando neste contexto o Enfarte Agudo do Miocárdio;
- Doença cerebrovascular, individualizando o Acidente Vascular Cerebral Isquémico e Hemorrágico.

Mortalidade

A análise dos indicadores de mortalidade (gráfico 1) evidencia que os óbitos associados às doenças do aparelho circulatório têm vindo progressivamente a diminuir, contrastando com os óbitos relacionados com as doenças do aparelho respiratório e com os tumores malignos onde se verifica um ligeiro aumento.

A continuada adoção de medidas estratégicas preventivas e a melhoria dos diagnósticos, nas áreas do Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) e do Acidente Vascular Cerebral (AVC), permitiram atingir em 2015 uma proporção de óbitos de doenças cardiovasculares de 29,7%, um dos melhores valores das últimas décadas.

GRÁFICO 1 EVOLUÇÃO DA PROPORÇÃO DE ÓBITOS PELAS PRINCIPAIS CAUSAS DE MORTE NO TOTAL DAS CAUSAS DE MORTE EM PORTUGAL (%) | 1988 A 2015



Fonte: Elaborado pela DGS com base em dados do INE, 2017

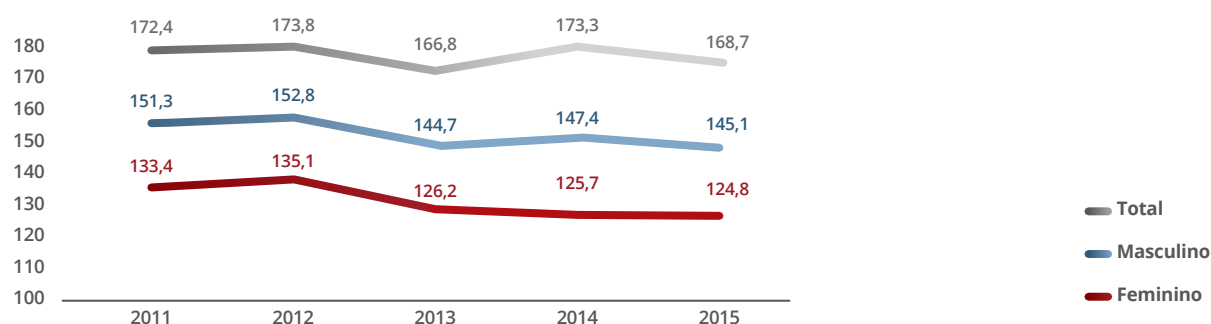
Por outro lado, a análise das taxas de mortalidade padronizada, só das doenças do aparelho circulatório, demonstra também uma tendência de diminuição. No período de cinco anos em análise verificou-se uma redução global de 4,1% da mortalidade global por Doenças do Aparelho Circulatório (gráfico 2).

Constata-se que nos últimos cinco anos manteve-se inalterada a mortalidade por Doença Isquémica Cardíaca, com um agravamento da mortalidade prematura, abaixo dos 70 anos (gráfico 3).

Este resultado, em clara dissonância com os restantes indicadores, deverá constituir um sinal de alerta e reforçar a necessidade de manter esta patologia dentro das prioridades de atuação dos diferentes intervenientes assistenciais.

Grande parte das situações aqui consideradas correspondem à designada “Morte Súbita”, ocorrendo frequentemente fora do ambiente hospitalar. No Enfarte Agudo do Miocárdio os ganhos de redução da mortalidade, 6,3%, são obtidos exclusivamente nos indivíduos acima dos 70 anos (gráfico 4).

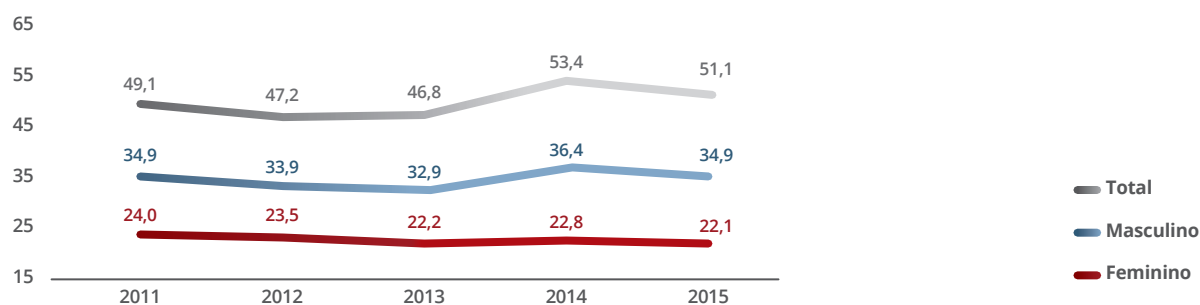
GRÁFICO 2 TAXA DE MORTALIDADE PADRONIZADA POR DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATÓRIO, POR SEXO, PORTUGAL CONTINENTAL | 2011 A 2015



Nota: Códigos da CID 10: I00-I99. Taxas: por 100.000 habitantes.

Fonte: Elaborado pela DGS com base em dados do INE, 2017

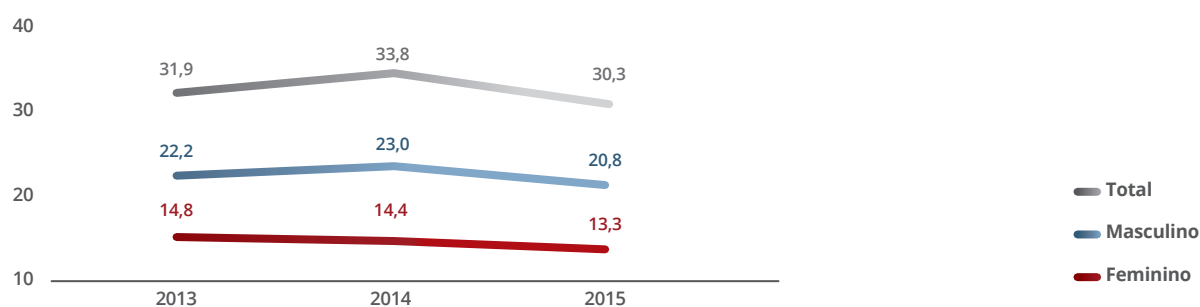
GRÁFICO 3 TAXA DE MORTALIDADE PADRONIZADA POR DOENÇA ISQUÉMICA DO CORAÇÃO, POR SEXO, PORTUGAL CONTINENTAL | 2011 A 2015



Nota: Códigos da CID 10: I20-I25. Taxas: por 100.000 habitantes.

Fonte: Elaborado pela DGS com base em dados do INE, 2017

GRÁFICO 4 TAXA DE MORTALIDADE PADRONIZADA POR ENFARTE AGUDO DO MIOCÁRDIO, POR SEXO, PORTUGAL CONTINENTAL | 2013 A 2015



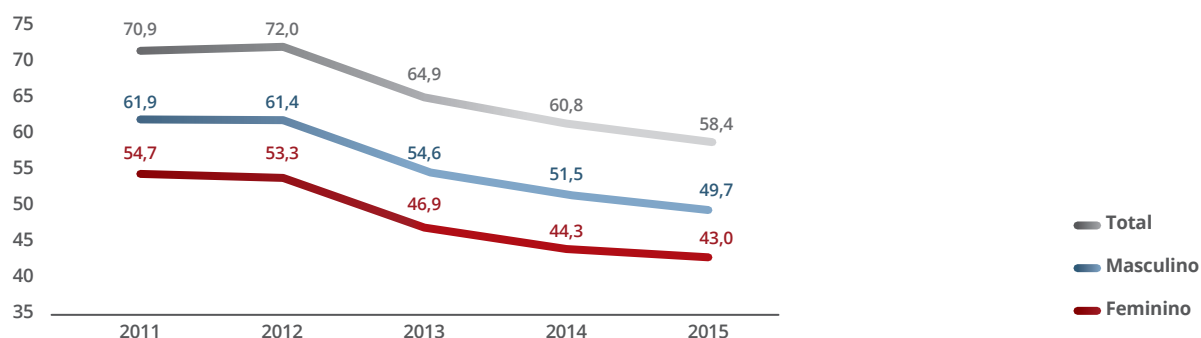
Nota: Códigos da CID 10: I20-I25. Taxas: por 100.000 habitantes.

Fonte: Elaborado pela DGS com base em dados do INE, 2017

Verifica-se que a grande redução de mortalidade ocorrida nas Doenças Cerebrovasculares (19,7%) e em particular no Acidente Vascular Cerebral Isquémico (gráfico 5) abaixo dos 70 anos (redução de 39%). Este resultado, superou a meta estabelecida, que se deve a um conjunto de fatores (tabela

1) de que se destaca o contributo da introdução na prática clínica dos novos anticoagulantes não dicumarínicos (NOC) como terapêutica anti trombótica da fibrilação auricular, bem como a consolidação da atividade de múltiplas unidades de AVC.

GRÁFICO 5 TAXA DE MORTALIDADE PADRONIZADA POR DOENÇAS CEREbroVASCULARES, POR SEXO, PORTUGAL CONTINENTAL | 2011 A 2015



Nota: Códigos CID 10: I60-I69. Taxas por 100 000 habitantes.

Fonte: Elaborado pela DGS com base em dados do INE, 2017

TABELA 1 INDICADORES DE MORTALIDADE POR AVC HEMORRÁGICO E ISQUÉMICO, POR SEXO, PORTUGAL CONTINENTAL | 2013 A 2015

	AVC hemorrágico			AVC isquémico		
	2013	2014	2015	2013	2014	2015
H/M						
Número de óbitos	1.773	1.940	1.834	6.099	4.838	4.598
Taxa de mortalidade	17,8	19,6	18,6	61,3	48,9	46,6
Taxa de mortalidade padronizada	9,8	10,6	9,9	27,3	20,9	19,3
Taxa de mortalidade padronizada <70 anos	4,5	4,8	4,7	4,1	2,8	2,5
Taxa de mortalidade padronizada ≥70 anos	80,6	87,6	78,8	335,6	262,1	242,5
Homens						
Número de óbitos	922	976	960	2.468	1.947	1.780
Taxa de mortalidade	19,5	20,8	20,5	52,2	41,4	38,1
Taxa de mortalidade padronizada	12,8	13,5	13,1	30,6	23,5	20,8
Taxa de mortalidade padronizada <70 anos	6,2	6,4	6,6	5,8	4,1	3,7
Taxa de mortalidade padronizada ≥70 anos	100,7	107,5	99,3	359,2	280,9	249,1
Mulheres						
Número de óbitos	851	964	874	3.631	2.891	2.818
Taxa de mortalidade	16,3	18,6	16,9	69,6	55,6	54,4
Taxa de mortalidade padronizada	7,5	8,5	7,5	24,7	18,9	17,9
Taxa de mortalidade padronizada <70 anos	3	3,5	3,1	2,7	1,7	1,5
Taxa de mortalidade padronizada ≥70 anos	66,6	75	65,5	317,9	247,5	235,7

Nota: CID 10: I60-I66. Taxas: por 100 000 habitantes.

Fonte: Elaborado pela DGS com base em dados do INE, 2017

Morbilidade

Relativamente à atividade Hospitalar Assistencial, nas Doenças do Aparelho Circulatório há a referir que os dados provisórios de 2016 apontam para um decréscimo de 8,1%, do número de internamentos por doenças do aparelho circulatório face a 2011, assumindo especial relevância este decréscimo nos internamentos por Enfarte Agudo do Miocárdio.

Verifica-se também, pelos dados provisório de 2016, um aumento dos internamentos por insuficiência cardíaca com mais 3169 internamentos em relação a 2011 representando um aumento de 20,3%. Esta variação irá provavelmente

assumir maior expressão futura atendendo ao envelhecimento progressivo da população (tabela 2), com importantes consequências na distribuição de recursos disponíveis.

No âmbito de intervenções verifica-se (gráficos 6 e 7) um claro cumprimento da meta definida pelo Programa nestas duas áreas, com um incremento significativo do número de doentes tratados. No Acidente Vascular Cerebral importa de futuro monitorizar a realização de Procedimentos Endovasculares.

Pela informação apresentada no gráfico 8 verifica-se a importância crescente dos procedimentos de angioplastia coronária face à cirurgia coronária.

TABELA 2 EVOLUÇÃO ANUAL DO NÚMERO DE EPISÓDIOS DE INTERNAMENTOS E ÓBITOS NAS DIFERENTES PATOLOGIAS

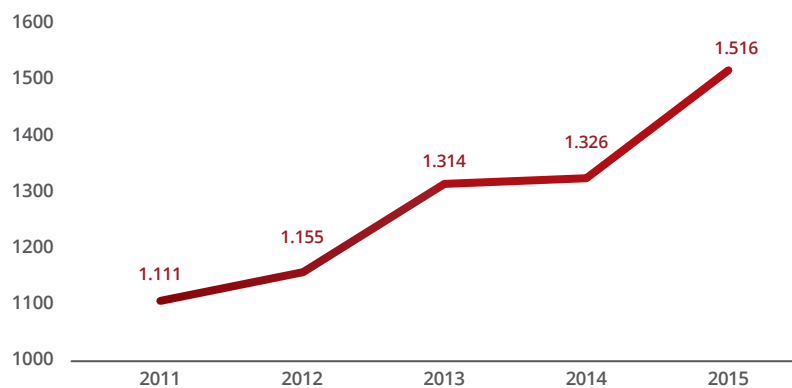
	2011	2012	2013	2014	2015	2016*
Número de Episódios de Internamento por Doenças Aparelho Circulatório	120.497	122.494	123.567	120.781	121.515	110.745
Óbitos	9.523	10.033	9.721	9.799	9.695	9.028
Número de Episódios de Internamento por Enfarte Agudo do Miocárdio	12.093	12.374	12.629	12.727	12.926	11.510
Óbitos	1.051	1.129	1.047	1.071	1.011	849
Número de Episódios de Internamento por Insuficiência Cardíaca	15.583	17.624	17.914	18.579	19.434	18.752
Óbitos	2.046	2.400	2.270	2.327	2.365	2.327
Número de Episódios de Internamento por AVC Isquémico	19.282	19.417	20.316	19.834	20.095	18.659
Óbitos	2.344	2.363	2.354	2.302	2.329	2.096
Número de Episódios de Internamento por AVC Hemorrágico	5.502	5.565	5.293	5.266	5.089	4.785
Óbitos	1.381	1.413	1.253	1.331	1.236	1.226

* dados provisórios

Nota: Códigos CID-9-MC: 410, 428, 430, 431, 432, 434.

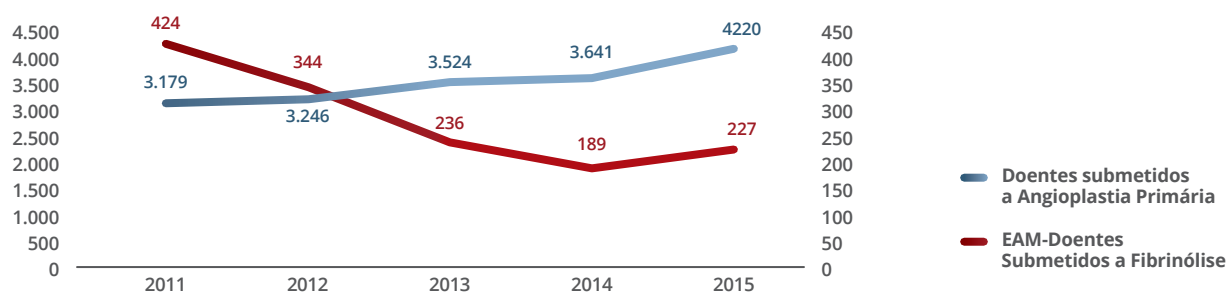
Fonte: Elaborado pela DGS com base em dados dos GDHs, 2017

GRÁFICO 6 ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL | DOENTES SUBMETIDOS A FIBRINÓLISE



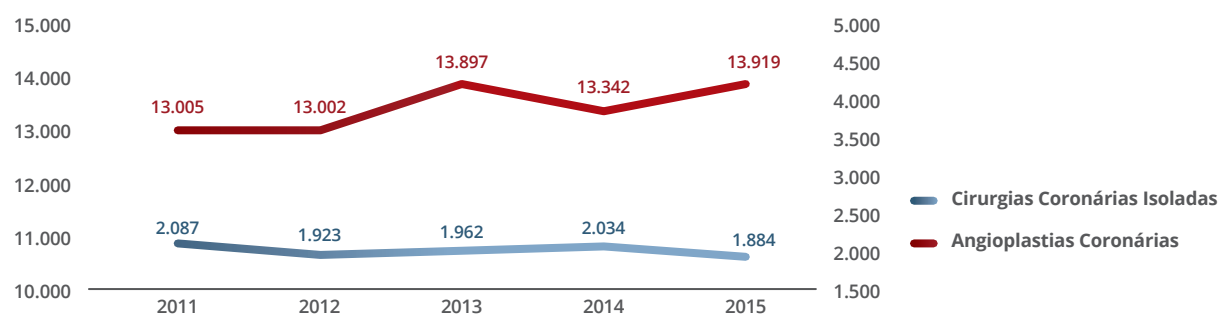
Fonte: Inquérito Unidades de Saúde - PNDCCV/DGS

GRÁFICO 7 ENFARTE AGUDO DO MIOCÁRDIO | COMPARAÇÃO DE PROCEDIMENTOS: DOENTES SUBMETIDOS A ANGIOPLASTIA PRIMÁRIA VS FIBRINÓLISE



Fonte: Inquérito Unidades de Saúde - PNDCCV/DGS

GRÁFICO 8 COMPARAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS DE REVASCULARIZAÇÃO | ANGIOPLASTIA PERCUTÂNEA VS CIRURGIA CORONÁRIA



Fonte: Inquérito Unidades de Saúde - PNDCCV/DGS

Vias Verdes

O correto encaminhamento dos casos de AVC e de EAM através do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) traduz-se num ganho de tempo fundamental para a eficácia terapêutica. Este constitui o propósito do conceito de Via Verde e justifica todos os esforços organizativos.

A Via Verde do AVC registou em 2016, 3.386 de casos encaminhados e até setembro de 2017 2.301 casos. Os distritos com maior número de encaminhamentos são Lisboa e Porto, com 462 e 507 casos, respetivamente.

Os dados estatísticos disponíveis revelam ainda que em 80,7% dos casos decorreram menos de duas horas entre a identificação dos sinais e sintomas de AVC e o encaminhamento através da Via Verde respetiva.

Relativamente à Via Verde do EAM, até setembro de 2017 existe um registo de 444 casos encaminhados. Os distritos com maior número de encaminhamentos são Lisboa e Porto, com 100 e 109 casos, respetivamente.

Os dados estatísticos disponíveis revelam ainda que em 75,9% dos casos decorreram menos de duas horas entre a identificação dos sinais e sintomas de EAM e o encaminhamento através da Via Verde respetiva.

Medicamentos

Na área cardiovascular assumem particular relevância três classes farmacológicas atendendo não só ao número de embalagens ou aos encargos financeiros para o SNS que

acarretam, mas também pelo seu potencial de influenciar as diferentes expressões de mortalidade e morbilidade cardíaca ou vascular:

- Antihipertensores;
- Antidislipidémicos (estatinas em particular);
- Anticoagulantes e anti-trombóticos.

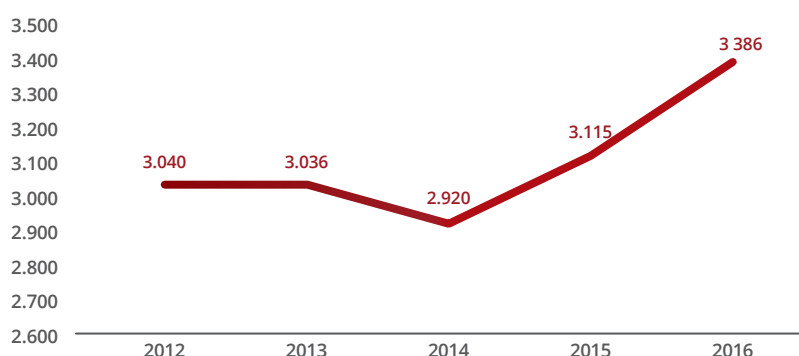
O crescimento da sua utilização está inequivocamente relacionado com os resultados obtidos. Continua a verificar-se um incremento do número de embalagens de antihipertensores e antidislipidémicos consumidos, o que contudo é acompanhado de uma redução global dos encargos do SNS (por redução progressiva dos custos unitários e utilização de fármacos com custo inferior).

A análise individualizada dos consumos com maior expressão em cada classe revela contudo que haverá ainda um grande potencial para ganhos de eficácia.

Entre as diferentes classes farmacológicas é de salientar o incremento da utilização de anticoagulantes, em particular os não dicumarínicos (New Oral Anticoagulants - NOACs), que irá certamente continuar a crescer. O alargamento da terapêutica anticoagulante da fibrilhação auricular com este grupo farmacológico é certamente uma das razões da redução de mortalidade no AVC isquémico.

Reveste-se de particular importância promover junto dos profissionais de saúde os padrões individuais de prescrição, de acordo com o Despacho nº 12950/2011 (1), de 28 de setembro e com o Despacho nº 17069/2011 (2), de 21 de dezembro.

GRÁFICO 9 NÚMERO DE CASOS DE AVC INSERIDOS NA VIA VERDE | 2012-2016



Fonte: Inquérito Unidades de Saúde - PNDCCV/DGS

TABELA 3 CONSUMOS FARMACOLÓGICOS DA ÁREA CARDIOVASCULAR

		Encargos SNS (€)				
		2012	2013	2014	2015	2016
Classe dos Antihipertensores	Antihipertensores	237.843.789,20	213.167.623,80	197.804.958,90	181.740.199,20	177.015.245,30
	Olmesartan medoxomilo + Hidroclorotiazida	12.688.148,08	15.054.836,98	16.890.584,87	17.247.406,88	17.158.537,78
	Amlodipina + Olmesartan medoxomilo	9.732.207,29	12.458.669,53	13.527.949,71	13.927.107,27	13.756.971,20
	Amlodipina + Valsartan	14.398.793,85	15.035.020,82	14.673.812,96	12.365.203,05	11.608.966,73
Classe Antidislipídicos	Antidislipídicos	62.992.210,61	59.342.848,24	62.060.844,44	62.444.963,96	61.191.807,34
	Atorvastatina	9.157.009,65	4.141.685,61	4.882.505,60	5.588.249,17	6.458.466,91
	Pitavastatina	3.505.535,97	4.941.096,76	5.713.057,19	5.996.266,68	5.502.986,58
	Rosuvastatina	21.256.057,51	22.778.236,77	23.336.743,29	22.506.130,56	19.689.066,13
	Sinvastatina	6.495.244,24	5.530.162,39	5.495.193,87	5.260.191,78	5.372.279,14
	Sinvastatina + Ezetimiba	8.575.635,08	9.198.754,67	8.879.093,75	8.470.691,74	7.281.340,77
Classe dos Anticoagulantes e antitrombóticos	Anticoagulantes e antitrombóticos	35.376.382,99	43.115.074,60	54.272.341,07	72.667.668,48	92.292.220,83
	Apixabano	-	-	464.724,12	5.409.604,92	13.132.632,53
	Dabigatrano etexilato	6.034.556,29	12.901.538,33	18.351.529,85	19.351.993,86	19.341.531,24
	Rivaroxabano	899.408,29	1.928.570,36	5.241.101,53	16.651.188,11	27.498.801,67

		Embalagens				
		2012	2013	2014	2015	2016
Classe dos Antihipertensores	Antihipertensores	25.152.942	26.798.804	27.818.150	279.00.524	28.156.584
	Olmesartan medoxomilo + Hidroclorotiazida	504.810	574.511	613.152	616.160	609.794
	Amlodipina + Olmesartan medoxomilo	284.630	368.028	401.619	416.095	420.869
	Amlodipina + Valsartan	394.401	418.782	424.934	420.604	408.880
Classe Antidislipídicos	Antidislipídicos	8.782.640	9.871.161	10.623.881	10.995.016	11.393.569
	Atorvastatina	126.296	1.811.423	2.275.719	2.719.444	3.326.472
	Pitavastatina	424.449	575.675	657.148	690.271	633.471
	Rosuvastatina	1.147.576	1.232.994	1.255.907	12.31.688	1.098.620
	Sinvastatina	3.567.577	3.708.851	3.753.252	3.615.825	3.497.107
	Sinvastatina + Ezetimiba	408.085,00	444.036,00	432.347,00	417.191,00	372.887,00
Classe dos Anticoagulantes e antitrombóticos	Anticoagulantes e antitrombóticos	5.994.687	6.463.189	6.771.961	6.902.199	6.965.798
	Apixabano	-	-	7.892,00	94.480,00	230.428,00
	Dabigatrano etexilato	87.370,00	208.399,00	322.180,00	341.043,00	341.607,00
	Rivaroxabano	13.759,00	34.392,00	95.367,00	284.812,00	463.480,00

Fonte: CCF (Centro de Conferência de Facturas)



ENFARTE AGUDO DO MIOCÁRDIO

Taxas Mortalidade Padronizadas

22,2%
(2013)

-6,3%



20,8%
(2015)

Morbilidade



1.051
(2011)

-19,2%



849
(2016)*



12.093
(2011)

-4,8%



11.510
(2016)*

* dados provisórios



ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

Taxas Mortalidade Padronizadas

61,9%
(2011)

-19,7%



49,7%
(2015)

Morbilidade



3.725
(2011)

-10,8%



3.322
(2016)*



24.784
(2011)

+1,6%



25.184
(2016)*

* dados provisórios

TRATAR MAIS, COM MELHORES RESULTADOS.



DGS desde
1899
Direção-Geral da Saúde



Programa Nacional
para as Doenças
Cérebro-Cardiovasculares

Perfil Assistencial



EAM - Doentes Submetidos a Angioplastia Primária

3.179
(2011)

+32,7%



4.220
(2015)



AVC - Doentes Submetidos a Fibrinólise

1.111
(2011)

+36,5%



1.516
(2015)



Angioplastias vs Cirurgia Coronária



13.005
(2011)

+7,0%



13.919
(2015)

2.087
(2011)

-9,7%



1.884
(2015)

Consumos Farmacológicos / Terapêuticos



Encargos SNS

336,2 M€
(2012)

-1,7%



330,5 M€
(2016)



Embalagens

39,9 M
(2012)

+ 16,5%



46,5 M
(2016)



Encargos SNS por Embalagem

8,4 €
(2012)

-15,6%



7,1 €
(2016)

3. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS EM 2016

Em 2016 foi possível reduzir a mortalidade prematura por Doença Cerebrovascular, mas haverá que estudar causas relativas à manutenção da mortalidade por Doença Isquémica do Coração.

Apostou-se em promover a vigilância epidemiológica e a investigação na área das doenças cérebro-cardiovasculares, através da elaboração de um capítulo sobre “A Saúde dos Portugueses 2016 - Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares”(3).

Manteve-se a componente fundamental de análise de dados da realidade nacional, disponibilizados por diferentes entidades, designadamente pelo INE, ACSS, INFARMED e INEM.

Verificou-se uma melhoria na capacidade de resposta dos serviços através da validação e monitorização da implementação da rede de referência (AVC, Cardiologia) e do apoio à divulgação no âmbito da participação no grupo de trabalho para a implementação da Tabela de Incapacidades no domínio da insuficiência cardíaca.

Foi prioritária a monitorização das “Vias Verdes Coronária e do AVC”, nomeadamente através do Inquérito às Unidades de Saúde, que permitiu aferir a evolução positiva da Via Verde do AVC e da realização das angioplastias coronárias do EAM. Com efeito assumem particular relevância os fatores

de educação para a saúde, como o reconhecimento pela população dos sinais de alarme das situações potencialmente ameaçadoras e da disponibilidade de meios específicos de auxílio.

O PNDCCV realizou um trabalho contínuo e aprofundado com o Departamento da Qualidade em Saúde da DGS na reformulação de todas as normas relativas às temáticas das doenças cérebro-cardiovasculares (4 a 9).

Para o Programa, em 2016, manteve-se o apoio à investigação nacional através da participação no Projeto Europeu ERA-NET CVD. Este projeto promove a investigação transnacional na área das Doenças Cardiovasculares, em regime de consórcio com a Fundação da Ciência e Tecnologia.

No último trimestre de 2016 foi realizado o desenho e a preparação de um projeto para o reforço das capacidades dos cuidados de saúde primários através da criação de um Centro de Interpretação e Análise Remota de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT) na área das Doenças Cardiovasculares. Este projeto em articulação com o Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE e a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP, pretende interligar os ACES e as unidades hospitalares especializadas na realização de MCDT. A fase de implementação do referido projeto ocorreu no primeiro semestre de 2017.

Nota: o documento integral do Relatório de Atividades 2016 está disponível em www.dgs.pt.

4. ORIENTAÇÕES PROGRAMÁTICAS 2017-2020

4.1. Enquadramento

As doenças cardiovasculares são a principal causa de morte entre nós e são, também, uma das mais importantes causas de morbilidade, de incapacidade e invalidez e de anos potenciais de vida precocemente perdidos.

A OCDE refere que as doenças cardiovasculares são a principal causa de morte na maioria dos estados membros da União Europeia, somando cerca de 36% das mortes na região em 2010. Elas abrangem um leque de doenças relacionadas com o sistema circulatório, incluindo a Doença Isquémica Cardíaca (DIC) e as Doenças Cérebro Vasculares (AVC). Juntas, DIC e AVC, correspondem a 60% de todas as causas de morte cardiovasculares e foram mais de um quinto de todas as mortes nos estados membros da união europeia, em 2010.

De acordo com o estudo *Global Burden of Diseases (GBD)* (10), os hábitos alimentares inadequados dos portugueses são o fator de risco que mais contribui para a perda de anos de vida saudável, sendo que a ingestão excessiva de sal surge como o comportamento alimentar inadequado que mais contribui para a perda de anos de vida saudável.

Deste modo, a definição e implementação de estratégias com o objetivo de reduzir o consumo de sal por parte da população portuguesa assume uma extrema importância no contexto da prevenção das doenças cardiovasculares.

O plano de ação de 2015-2020 da OMS, na área da alimentação e da nutrição, sugere que as estratégias na área da redução do consumo de sal são uma das melhores abordagens (*Best Buy* - Estratégias com baixo custo e elevada eficácia) para a prevenção das doenças crónicas na população na região europeia.

4.2. Visão

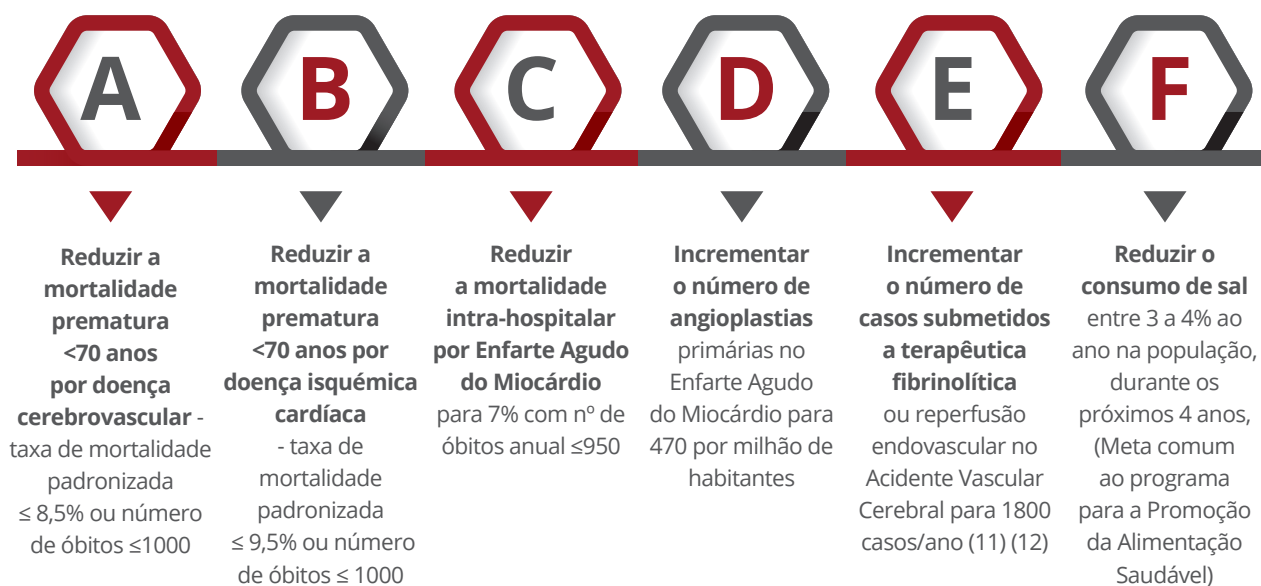
Promover uma atuação planeada e organizada ao longo de todo o Sistema de Saúde, que tente não apenas evitar as doenças cérebro cardiovasculares mas também reduzir as incapacidades por elas causadas e prolongar a vida.

4.3. Missão

Reduzir o risco cardiovascular através do controlo dos fatores de risco modificáveis com particular enfoque na HTA e Dislipidémia (que não são alvo de atuação de outros programas prioritários, como o Tabagismo, a Atividade Física ou a Diabetes Mellitus);

Garantir a terapêutica adequada nos eventos críticos, de EAM e AVC, através de um alinhamento interinstitucional que promova a utilização das Vias Verdes. Melhorar o desempenho do sistema de emergência pré hospitalar (INEM) diminuindo o risco de óbito antes da admissão hospitalar.

4.4. Metas de Saúde a 2020



4.5. Implementação

METAS 2020	OBJETIVOS
A B	1. Monitorizar indicadores de saúde na área das doenças cerebro-cardiovasculares
	2. Melhorar o controlo ao nível dos Cuidados de Saúde Primários da Hipertensão
	3. Promover a investigação científica na área das doenças cérebro cardiovasculares
C D E	4. Promover aumento da sensibilização dos CSP para os sinais e sintoma de alerta do EAM
	5. Adequar o nível de resposta do INEM
D	6. Promover a eficácia dos centros de ICP (Intervenção Coronária Percutânea)
E	7. Revisão da cobertura nacional para a terapêutica endovascular
F	8. Aumentar o conhecimento sobre a disponibilidade e consumos de sal da população portuguesa, seus determinantes e consequências.

4.6. Monitorização

METAS 2020	INDICADOR	VALOR BASE	EXECUÇÃO	FONTE / OBS.
A	1. Taxa de mortalidade padronizada por doença cerebrovascular <70 anos	10,9/100.000 hab. (2014)	10,1/100.000 hab. (2015)	INE SICO
	2. Nº óbitos por doença cerebrovascular por ano	11.296 (2014)	11.271 (2015)	INE SICO
B	3. Taxa de mortalidade padronizada por doença isquémica cardíaca <70 anos	14,9/100.000 hab. (2014)	14,4/100.000 hab. (2015)	INE SICO
	4. Nº óbitos por doença isquémica cardíaca por ano	6.966 (2014)	6.853 (2015)	INE SICO
C	5. Nº óbitos Hospitalares por EAM	1.071 (2014)	1.010 (2015)	ACSS GDH
D	6. Nº Angioplastias primárias no Enfarte Agudo do Miocárdio	3.641 (2014)	4.220 (2015)	PNDCCV DGS
E	7. Nº de casos submetidos a terapêutica fibrinolítica ou reperfusão endovascular no AVC	1.326 (2014)	1.516 (2015)	PNDCCV DGS
F	8. % Média de sal disponibilizada nos principais grupos de alimentos fornecedores de sal	ND*	ND*	PNPAS

* A definir com base em estudo alargado a realizar no âmbito da Estratégia Interministerial para a promoção da Alimentação Saudável

Nota: o documento integral das Orientações Programáticas está disponível em www.dgs.pt.

5. ATIVIDADES 2017-2018

Descrevem-se, em linhas gerais, as atividades a desenvolver durante 2017/2018:

Vigilância Epidemiológica

- Acompanhar as metas de redução das taxas de mortalidade padronizadas mediante acesso direto aos dados através do sistema SICO, reportando desvios significativos de forma a permitir introdução de medidas corretoras, monitorizando os indicadores setoriais de saúde.

Prevenção

Definição e implementação de estratégias em articulação com o Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável, com o objetivo de reduzir o consumo de sal na alimentação, designadamente (13):

- Acompanhar e promover a monitorização do teor de sal nos principais alimentos, de acordo com a estratégia integrada para a alimentação saudável (Deliberação do Conselho de Ministros nº 334/2016 de 15 de setembro) (14);
- Regular e apoiar o desenvolvimento de medidas legislativas que conduzam à redução do volume do sal ingerido pelos cidadãos;
- Promover a autoregulação pelo sector agroalimentar, com vista à redução do volume de sal adicionado nos alimentos;
- Colaborar nas campanhas nacionais de comunicação com vista à redução do volume de sal, participando na elaboração de suportes digitais que disponibilizem informação credível e independente;
- Promover uma articulação crescente com o Ministério da Educação no sentido da sensibilização dos mais jovens para a problemática do sal como fator de risco para as doenças cérebro-cardiovasculares;
- Criar equipas multidisciplinares vocacionadas para o aconselhamento alimentar na área da redução do sal com a participação de nutricionistas;
- Promover junto das Administrações Regionais de Saúde iniciativas concretas/projetos-piloto facilitadores da disseminação de boas práticas alimentares;

- Capacitar os profissionais de saúde para uma informação de qualidade, suscetível de permitir a redução da ingestão de sal, com a menor alteração do paladar possível;

- Estabelecer programa específico de intervenção dirigido à especialidade de Medicina Geral e Familiar.

Diagnóstico

- Desenvolvimento do projeto-piloto de criação de um centro de análise remota de MCDT de Cardiologia nos Cuidados de Saúde Primários, de acordo com o Despacho nº 780/2017, de 12 de janeiro (15). Este projeto-piloto é central para dotar as unidades de cuidados de saúde primários com capacidade de realizar intervenções de diagnóstico nas doenças cardiológicas;
- Melhorar o controlo da Hipertensão e da Dislipidemia, ao nível dos Cuidados de Saúde Primários, através de iniciativas conjuntas e suportes informativos/formativos específicos;
- Promover o aumento da sensibilização dos Cuidados de Saúde Primários para os sinais e sintomas de alerta do EAM, através da divulgação de documento específico de suporte;
- Adequar o nível de resposta do INEM, monitorizando a admissão de doentes através do sistema pré-hospitalar.

Tratamento

- Rever a cobertura nacional para a terapêutica endovascular através do aumento do número de casos submetidos a terapêutica fibrinolítica ou reperfusão endovascular no AVC;
- Promover a eficácia dos Centros de Intervenção Coronária Percutânea aumentando o número de doentes submetidos a angioplastia primária.

Reabilitação

- Participar ativamente no Grupo de Trabalho planeado para estabelecer um plano integrado de centros de reabilitação cardíaca, componente fundamental da melhoria da qualidade de vida após eventos e intervenções cardiovasculares, de acordo com proposta de despacho de setembro de 2017 (16).



Apoio à sociedade Civil

- Propostas de cooperação com a Sociedade Portuguesa de Cardiologia e Sociedade Portuguesa de Angiologia e Cirurgia Vascular, bem como com outras associações científicas.

Promover a investigação

- Promover a investigação científica na área das doenças cérebro cardiovasculares, garantindo que Portugal integra e lidera a ERA-NET CVD, mediante parceria estabelecida com a Fundação de Ciência e Tecnologia.

5.1. Desígnios para 2017-2018

Nota: o documento integral referente ao Plano de Atividades 2017 está disponível em www.dgs.pt.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministério da Saúde: Despacho nº 12950/2011 de 28 de setembro. Disponível em: <http://www.sg.min-saude.pt/NR/rdonlyres/4D921E90-4382-4E9E-B682-3FE-85F261D87/27518/3863738637.pdf>
2. Ministério da Saúde: Despacho nº 17069/2011 de 21 de dezembro. Disponível em: <http://www.sg.min-saude.pt/NR/rdonlyres/4D921E90-4382-4E9E-B682-3FE-85F261D87/28256/4951149512.pdf>
3. Direção-Geral da Saúde. A Saúde dos Portugueses 2016. ISSN: 2183-5888. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/18278/1/A%20Sa%C3%BAde%20dos%20Portugueses%202016.pdf>
4. Direção-Geral da Saúde. Norma nº 037/2012 de 30/12/2012. Revascularização miocárdica: acompanhamento hospitalar e em cuidados de saúde primários. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0372012-de-30122012.aspx>
5. Direção-Geral da Saúde. Norma nº 021/2012 de 26/12/2012. Tratamento médico e cirúrgico do canal arterial no pré-termo. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0212012-de-26122012.aspx>
6. Direção-Geral da Saúde. Norma nº 006/2012 de 16/12/2012 Profilaxia da Endocardite Bacteriana na Idade Pediátrica. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0062012-de-16122012.aspx>
7. Direção-Geral da Saúde. Norma nº 005/2013 de 19/03/2013 (versão validada pela Comissão Científica para as Boas Práticas Clínicas a 26/11/2013) atualizada a 21/01/2015. Avaliação do Risco Cardiovascular SCORE (Systematic Coronary Risk Evaluation). Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0052013-de-19032013.aspx>
8. Direção-Geral da Saúde. Norma nº 016/2013 de 21/10/2013 atualizada a 10/07/2015 Implantação de válvulas aórticas transcáteter. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0162013-de-21102013.aspx>
9. Direção-Geral da Saúde. Norma nº 046/2011 de 26/12/2011 (versão validada pela Comissão Científica para as Boas Práticas Clínicas a 27/11/2013). Abordagem Terapêutica Farmacológica da Angina Estável. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0462011-de-26122011.aspx>
10. *Global, regional, and national age-sex specific mortality for 264 causes of death, 1980–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. GBD 2016 Causes of Death Collaborators. Lancet 2017; 390: 1151–210*
11. *2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation: The Task Force for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC). Eur Heart J 2017*
12. Windecker S, Kolh P, Alfonso F, Collet JP, Cremer J, Falk V, Filippatos G, Hamm C, Head SJ, Juni P, Kappetein AP, Kastrati A, Knuuti J, Landmesser U, Laufer G, Neumann FJ, Richter DJ, Schauerte P, Sousa Uva M, Stefanini GG, Taggart DP, Torracca L, Valgimigli M, Wijns W, Witkowski A. 2014 ESC/EACTS Guidelines on myocardial revascularization: The Task Force on Myocardial Revascularization of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). Developed with the special contribution of the European Association of Percutaneous Cardiovascular Interventions (EAPCI). *Eur Heart J* 2014;35(37):2541–2619.
13. Lopes C, Torres D, Oliveira A, Severo M, Alarcão V, Guio-mar S, Mota J, Teixeira P, Rodrigues S, Lobato L et al. Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física (IAN-AF), 2015-2016. Relatório – Parte II (versão 1.3 junho, 2017). Universidade do Porto, 2017. Disponível em: <https://ian-af.up.pt/noticias/inqu-rito-alimentar-nacional-revela-que-comem-quanto-exerc-cio-fazem-portugueses>
14. Através da Deliberação n.º 334/2016, de 15 de setembro, o Conselho de Ministros criou um Grupo de Trabalho Interministerial para a elaboração de uma estratégia integrada para a promoção da alimentação saudável, que vise incentivar o consumo alimentar adequado e a consequente melhoria do estado nutricional dos cidadãos, com impacto direto na prevenção e controlo das doenças crónicas. Despacho n.º 5479/2017 de 23 de junho de 2017. Disponível em: <https://dre.pt/application/file/a/107547866>

15. Ministério da Saúde: Despacho nº780/2017 de 12 de janeiro. Disponível em: <https://dre.pt/application/file/a/105738263>

16. Piepoli MF, Hoes AW, Agewall S, Albus C, Brotons C, Catapano AL, Cooney MT, Corra U, Cosyns B, Deaton C, Graham I, Hall MS, Hobbs FD, Lochen ML, Lollgen H, Marques-Vidal P, Perk J, Prescott E, Redon J, Richter DJ, Sattar N, Smulders Y, Tiberi M, van der Worp HB, van Dis I, Verschuren WM. 2016 *European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the*

European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts). Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). Eur Heart J 2016;37(29):2315–2381.

17. Direção Geral da Saúde. Despacho nº 7433/2016 de 25 de maio. Disponível em: <https://dre.pt/application/file/74616725>



Alameda D. Afonso Henriques, 45
1049-005 Lisboa - Portugal
Tel.: +351 218 430 500
Fax: +351 218 430 530
E-mail: geral@dgs.min-saude.pt

www.dgs.pt